

Creencias sobre la medicación y adherencia a los anticonceptivos orales



Trabajo de Fin de Grado Psicología

2018/2019

Universidad de la Laguna

Facultad de Psicología y Logopedia

Alumno:

Daniel Alfredo Saavedra Martín

Tutores:

Ascensión Fumero Hernández

Wenceslao Peñate Castro

Resumen

En diversos estudios, se han demostrado la relación que existe entre un número considerable de variables moduladoras y la adherencia terapéutica a tratamientos. En lo que a tratamientos contraceptivos se refiere, las variables psicológicas son las que menos se han considerado. Sin embargo, sí que se ha podido mostrar como variables basadas en los modelos de creencias han tenido resultados significativos en este tipo de fármaco. Es por ello, que el objetivo del trabajo es el de averiguar posibles relaciones significativa entre las variables psicológicas y la adherencia a los anticonceptivos orales, basándose en el modelo de creencias sobre el medicamento y salud que tenga las participantes del estudio. Para ello, se escogieron 240 mujeres pertenecientes a la población canaria, a quienes se les pasaron una serie de cuestionarios de manera presencial. Con los datos obtenidos, se realizó un análisis de correlaciones de Pearson, un análisis de varianza (ANOVA) de un factor y una prueba t de Student de muestras independientes. Se encontraron ciertas relaciones significativas entre las variables de: Preocupación por las consecuencias de la medicación, Necesidad percibida de la medicación, Creencias Positivas hacia la medicación, Creencias Negativas hacia la medicación, Edad y Nivel de adherencia terapéutica.

Palabras clave: creencias, adherencia terapéutica, tratamiento contraceptivo.

Abstract

In various studies, it has been proven that there is a relation between a considerable amount of modulating variables and the therapeutic adherence to treatments. Regarding the use of contraceptives, the psychological variables have not particularly been taken into account. However, it has indeed been proven how variables based on patterns of belief have a significant result in this type of medication. For this reason, the aim of this project is to

discover the possible relations that can be found between the psychological variables and the adherence towards oral contraceptives, basing on the model of beliefs on the medication and the health in which the participants have in the study. As a result of this, 240 women, who belong to the canarian population, were chosen in order to fill out a survey in person. With the data collected from these surveys, a correlation of analysis of Pearson, an analysis of variance (ANOVA) of a certain factor and a Student t test of independent samples were carried out. Furthermore, certain significant relations between the variables were found: the Concern of the consequences of the medication, the Need perceived from the medication, Positive Beliefs towards the medication, Negative Beliefs towards the medication, Age and Level of therapeutic adherence.

Key words: beliefs, therapeutic adherence, contraceptive treatment.

Introducción

A lo largo de los años autores, organizaciones y diversos estudios han establecido distintas definiciones sobre la adherencia a los tratamientos. Un ejemplo de ello es la síntesis del concepto que recabaron López, Romero, Parra y Rojas (2016), de distintos artículos en inglés y español, donde se observan diversas definiciones. Entre estas, las más amplias y de mayor relevancia son las que han propuesto a la adherencia terapéutica como “el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitario, no limitándose a las indicaciones terapéuticas, de tal forma que incluye asistencias a citas programadas, participación en programas de salud, búsqueda de cuidados y modificación del estilo de vida” (p.119). En la definición de adherencia terapéutica, a su vez, “tiene implícito un papel de colaboración, participación activa y voluntaria del paciente en la adopción de estilos de vida, que favorezcan los cambios en la dieta, ejercicio y toma de medicación prescritos” (p.131). Estas definiciones,

se relacionan con este estudio, pues en sí, la toma de contraceptivo supone una acción supervisada por un prestador sanitario y, solicitada por una paciente que necesita de dicho fármaco ya sea por motivos contraceptivos, regulación hormonal o de la menstruación, o por motivos de enfermedad, entre otros, el cuál toma de manera voluntaria y activa.

Evidentemente no se ha logrado una definición exacta y consensuada de la adherencia terapéutica. Prueba de ello es la existencia de diferencias que se han encontrado a la hora de cómo definir y medir en diversos estudios la falta de adherencia (Ruiz, Latorre, Delgado, Crespo y Sánchez, 2016). Sin embargo, gran parte de las definiciones reúnen ciertos componentes en común. La interacción entre el prestador de atención sanitaria y el paciente parece ser la pieza esencial que determinaría un adecuado grado de adherencia. Sin embargo, en diversos estudios se han tenido en cuenta la influencia de otros elementos como, por ejemplo, es el tipo de enfermedad, tipo de medicamento, variables sociodemográficas y variables psicológicas (Moral y Cerda, 2015).

El primer factor del que se hablará y que interviene en el nivel de adherencia terapéutica es el del tipo de enfermedad. Se ha mostrado que la cronicidad de la enfermedad parece disminuir el cumplimiento del tratamiento. Por otro lado, la gravedad, se interpreta como un riesgo para la vida y, por tanto, las personas tienden a tomar los métodos con mayor precisión y disciplina. Ocurre de manera contraria cuando se comprende cómo no grave. Esto último se produce si se presenta los mínimos síntomas de la enfermedad, así como el uso de tratamientos preventivos, dando lugar a que el grado de adherencia se reduzca. Por último, la adherencia terapéutica sería difícil en el instante en el que la enfermedad suponga una alteración de la conciencia y el desempeño social del individuo (Peralta y Carbajal, 2008).

De la misma manera en que el tipo de enfermedad influye en el grado de adherencia, también lo hace el tipo de medicamento. Por ello, los tratamientos de actuación directa sobre los síntomas (analgésicos, antiinflamatorios, etc.), se relacionan con una tasa alta de adherencia a los fármacos. Por el contrario, los tratamientos para enfermedades crónicas, como son los antihistamínicos para las alergias, suponen una baja adherencia (Sanahuja et al., 2012). Asimismo, la duración y complejidad del tratamiento modulan este factor. Los tratamientos cortos y sencillos de seguir se acompañan de una alta tasa de adherencia terapéutica y, por el contrario, los que son más prolongados y numerosos simultáneos, coincidiendo paralelamente con otros tratamientos, se relacionan con un nivel más bajo de adherencia terapéutica. Esto último, también ocurrirá si la vía de administración requiere de un personal entrenado, como un enfermero o médico, o si los efectos secundarios del fármaco son adversos (Peralta y Carbajal, 2008).

En cuanto a las variables sociodemográficas, se ha sugerido que las mujeres son más sistemáticas en el cumplimiento de las indicaciones médicas que los hombres (López y Chávez, 2016). Sin embargo, en lo que se refiere a la edad, se estima que la población mayor de 65 años en España aumente hasta un 39% en 2064. Este envejecimiento progresivo viene emparejado con un aumento de enfermedades crónicas y, por tanto, una menor adherencia terapéutica (Sánchez et al., 2014).

En lo que se refiere a las variables psicológicas y sociales, tienen también su influencia en la adherencia terapéutica. Diversos estudios han demostrado que factores como el estrés y sus estilos de afrontamiento, sintomatología depresiva y percepción de apoyo social se relacionan con la adherencia en tratamientos de la diabetes mellitus (Ortiz, Ortiz, Gatica y Gómez, 2011). Entre otras variables psicológicas a tener en cuenta, cabe mencionar el locus de control. Los

pacientes con locus de control interno piensan que su salud depende principalmente de sus conductas y son quienes modifican más su comportamiento adherente, en comparación con los de locus externo, quienes atribuyen su estado de salud a agentes externos como son los profesionales de la salud, la causalidad o el destino (Quiñones et al., 2018). Del mismo modo, los estilos de personalidad pueden relacionarse con la adherencia y preservación de la salud. Es por ello, que se relaciona la escrupulosidad, entendida como los comportamientos de una persona basados en la exactitud y minuciosidad para efectuar alguna tarea, con una alta adherencia a los medicamentos prescritos (Axelsson, Brink, Lundgren y Lotval, 2011).

Con respecto a los factores de mayor relevancia en la adherencia a los contraceptivos: el tipo de método, el grado de apoyo por parte de la pareja, el inicio de uso inmediato y la prescripción del fármaco en modalidades de más de 3 blísteres, que son los envases de plástico donde se deposita la ampolla o pastilla, se relacionó con una mejoría la adherencia a los ACO (anticonceptivos orales). En cambio, la falta de conocimiento, la práctica de descanso y la presencia de predictores de mal cumplimiento, incitaría a un mal grado de adherencia a los mismos (Adarve, Falguera y Seguranyes, 2016). Como se puede observar, las variables psicológicas no se han tenido en cuenta para este estudio, pues son una de las menos consideradas en el campo de la adherencia contraceptiva.

Sin embargo, existen ciertos factores psicológicos relacionados con el modelo de creencias en salud, los cuales sí se han podido asociar con la adherencia a este tipo de medicamento. Por un lado, el aumento de la autoeficacia, siendo esta la confianza en la propia capacidad de la persona, en pacientes con riesgo de embarazo no deseado, se estableció que podría reducir dicho riesgo aumentando la adherencia al anticonceptivo (Brown, Ottney y Nguyen, 2011). Otro factor determinado como religiosidad, o grado de implicación de una persona en sus

creencias religiosas, fue postulado como la razón por la cual una población de mujeres latinas no se adhirió a su control de natalidad y, por lo tanto, la adherencia al anticonceptivo en pastilla o inyectable (Venkat, Masch, Cremer, Richman, y Arslan, 2008). Por otro lado, la motivación por prevenir el embarazo no deseado, así como el locus de control, la autoeficacia, la autoestima, el bienestar emocional y el grado de ansiedad se relacionaría con las conductas contraceptivas (Hall, 2012). Por último, las percepciones negativas hacia la anticoncepción se asociaron débilmente con mayores probabilidades de usar contraceptivos de emergencia entre mujeres blancas no hispanas (Heller, Perreira, Shartzter, Johnston y Courtot, 2019).

Por esta razón, el objetivo principal de este trabajo es la de encontrar una relación significativa entre las variables psicológicas y la adherencia contraceptiva. Para ello, se tendrá en cuenta las creencias sobre la medicación y la salud que tengan las participantes y que modularían el grado de adherencia terapéutica a los anticonceptivos orales.

Método

Participantes

La muestra utilizada para este estudio se compone de 240 mujeres pertenecientes a la población canaria, a quienes se les informan sobre la finalidad de dicho trabajo y dan su consentimiento para utilizar los datos extraídos de sus respuestas. Estas participantes tomaban anticonceptivos orales en el momento en el que realizaron las pruebas.

En cuanto a la edad, las participantes se sitúan en un rango entre los 17 y 49 años, donde el 89.6% tiene entre 17 y 25 años, el 7.1% entre 26 y 30 años, y 3.3% entre 32 y 49 años.

A su vez, se ha tenido en cuenta el nivel educativo dividiendo a la muestra en tres grupos: personas con estudios universitarios finalizados (37.1%), personas con estudios secundarios

finalizados (62.1%) y sin estudios (0.8%). Se hace evidente que el gran peso de esta muestra se encuentra en un rango de edad joven superando la mayoría de edad, y en su mayoría con estudios secundarios finalizados.

Instrumentos

El Cuestionario de Creencias Personales en Salud (de las Cuevas y Peñate, 2017) está compuesto por un total de 23 ítems que previamente han sido extraídos de otros tres instrumentos: Escala del locus de control (MHLC-C), Inventario de Actitudes hacia la Medicación (DAI-10), y Escala de Reactancia Psicológica (HPRS). Se seleccionaron solo aquellos ítems que han presentado mayores saturaciones en estudios previos (de las Cuevas y Peñate, 2015). Los instrumentos originales que componen este mismo cuestionario se exponen a continuación:

Por un lado, la Escala de Locus de Control de Salud Multidimensional (MHLC-C; Wallston, Stein y Smith, 1994), se trata de un cuestionario de formato autoinformado con 18 ítems, de respuesta tipo Likert del 0 al 5, donde 0 se considera “Completamente de acuerdo” y 5 “Completamente en desacuerdo” sobre las afirmaciones que se le presenta, evaluando el Locus de control del mismo participante. Los factores que miden son el locus interno, locus de azar y locus del doctor.

Por otro lado, el Inventario de Opinión sobre el medicamento (DAI-10; Hogan, Awad y Eastwood, 1983), es una escala de autoinforme compuesto de 10 ítems donde el participante responderá en función de si están de acuerdo o en desacuerdo sobre las afirmaciones que se le presenta, con formato verdadero/falso. Este cuestionario se compone de los factores de farmacofobia y farmacofilia.

Por último, se introdujo ítems de la Escala de Reactancia Psicológica (HPRS; Hong & Faedda, 1996). Esta está compuesta por 14 ítems que evalúan la reactancia psicológica con respuestas de escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 es “Completamente en desacuerdo” y 4 “Completamente de acuerdo”. Mide la reactancia tanto cognitiva como la afectiva.

Para este cuestionario de creencias sobre los tratamientos, se realizó en un anterior estudio con una muestra de participantes que tomaban algún tipo de medicamento, un análisis factorial de los componentes principales con rotación varimax mediante el cual, se extrajeron 2 factores que explica el 25.85% del total de la varianza. En función del contenido teórico que expone los ítems a los cuales pertenece cada factor, se definió el factor 1 como “Aceptación del tratamiento” y el factor 2 como “Conflicto con el tratamiento”. Es por ello, que para esta muestra que toman anticonceptivos orales, se optó por realizar de nuevo la misma factorización donde se extrajeron los factores de: Creencias positivas y Creencias negativas hacia la medicación. En lo que se refiere a las creencias positivas hacia la medicación, es entendida como el conjunto de convicciones de una persona que determinan que la responsabilidad de estar sano depende de las acciones del mismo paciente y, en cierta medida, del cumplimiento de las indicaciones del médico, a ello se añade las propias actitudes positivas para la toma de la medicación. Reúne las variables de locus interno, locus de doctor y farmacofilia. Por otro lado, las Creencias negativas hacia la medicación hacen alusión a todos aquellos principios basados en la noción subjetiva por la que el estado de salud, así como las situaciones u oportunidades de estar enfermo, dependerá del azar y la fortuna, añadiendo un notable rechazo por el medicamento y por el seguimiento de las directrices de los médicos. Este factor está conformado por las variables de locus de azar, reactancia y farmacofobia.

Del mismo modo, se utilizó el Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (BMQ; Horne, Weinman y Hankins, 1999). Su sección específica se conforma de un cuestionario de 10 ítems de respuestas de tipo Likert del 1 al 5, donde 1 es “Totalmente desacuerdo” y 5 “Totalmente de acuerdo”. El participante debe responder según el grado de acuerdo esté con las afirmaciones que se le expone. Sus subescalas son la de Necesidad percibida de la medicación y Preocupación sobre las consecuencias de la medicación.

Por último, se hizo uso de la versión española de Sidorkiewicz adherence tool (Sidorkiewicz, Tran, Cousyn, Perrodeau y Ravaud, 2016). Se trata de una escala de 5 ítems de formato multirrespuesta de 2 a 3 alternativas, donde debe responder a las preguntas de si ha suspendido o interrumpido la medicación en su totalidad o en ciertas dosis, así como los días y las horas en los que lo ha hecho. Esta escala mide el grado de adherencia del participante que lo realiza.

Procedimiento

Para la recogida de datos, se escogieron a 240 mujeres que tomaban anticonceptivos orales. Todas ellas cumplimentaron los instrumentos de manera presencial. Estos se realizaron bajo la supervisión del alumno encargado, respondiendo a su vez a las dudas de las participantes. Previamente, se les explica cuáles son los datos que se les van a pedir, con la finalidad de obtener su consentimiento autoinformado. No se les solicitó ninguna otra documentación que ratificara de su uso en contraceptivos. La recogida de los datos se realizó entre febrero y abril de 2018.

Además de los datos proporcionados por los tests, se recogieron otros como la edad y el nivel de estudio, los cuales corresponden a las variables sociodemográficas. Así mismo, también se preguntó el nombre del fármaco, y el tiempo que llevaban consumiéndolo.

Análisis de los datos

La muestra fue dividida en 4 grupos en función de su nivel de adherencia: Pobre, Moderada, Buena y Alta. Para proceder al análisis de datos, se realizó anticipadamente una factorización de los ítems del cuestionario de creencias. Una vez establecida, se procedió en primer lugar a un análisis de correlaciones de Pearson entre las variables: necesidad percibida de la medicación, preocupación sobre las consecuencias de la medicación, creencias positivas hacia la medicación, creencias de negativas, edad y nivel de adherencia. Seguidamente, se efectuó un análisis de varianza (ANOVA) de un factor, donde se comprueba la posible existencia de diferencias significativas entre los distintos niveles de adherencia en la variable de creencias en la salud. Por último, se efectuó una prueba t de Student de muestras independientes. La finalidad de este análisis era comprobar si existían diferencias significativas entre las medias de los grupos de alta y baja adherencia en las variables seleccionadas.

Resultados

Los estadísticos descriptivos de las variables utilizadas en el análisis de este estudio se pueden observar en la Tabla 1. Así mismo, se consideraron los factores psicológicos de creencias positivas hacia la medicación, creencias negativas hacia la medicación, preocupación por las consecuencias de la medicación y necesidad percibida de la medicación. En este caso, una de las mayores medias de la muestra, el cual corresponde al cuestionario de creencias personales en salud, se encuentra en las creencias de negativas hacia la medicación. Por otro lado, entre las dos variables de creencias que mide el cuestionario de creencias sobre la medicación, la media mayor de la muestra recae sobre la preocupación por las consecuencias de la medicación.

 Tabla 1. Estadísticos descriptivos

	<i>Media</i>	<i>Desv. Típica*</i>
<i>Creencias Positivas</i>	21.02	6.62
<i>Creencias Negativas</i>	28.16	6.62
<i>Necesidad percibida de medicación</i>	10.47	4.46
<i>Preocupación por las consecuencias de la medicación</i>	11.77	3.69
<i>Nivel de adherencia</i>	4.38	0.95

 Nota: Desv. = Desviación típica

Las escalas de necesidad percibida y preocupación sobre las consecuencias de la medicación están relacionadas con las creencias de los pacientes, por un lado, sobre la necesidad de la toma del medicamento que se ha recetado para controlar su enfermedad y, por otro lado, sus preocupaciones en relación a las posibles consecuencias adversas de tomarla.

En cuanto al nivel de adherencia a los contraceptivos, el nivel alto de adherencia recae sobre la mayoría de las participantes de la muestra, más en concreto en un 68.8%, seguido de un nivel moderado en el 26.3% de la misma, una buena adherencia en el 2.9% y, por último, un nivel pobre en el 2.1%.

Como se puede observar en la Tabla 2, se han alcanzado correlaciones positivas significativas entre creencias negativas hacia la medicación y preocupación sobre las consecuencias de los medicamentos y, necesidad percibida de medicación con preocupación por las consecuencias por la medicación. Así mismo, se muestra correlaciones negativas significativas entre creencias positivas hacia la medicación y necesidad, otra de intensidad baja entre creencias negativas y nivel de adherencia y, por último, nivel de adherencia y preocupación sobre la medicación.

Tabla 2. Correlaciones

	<i>Creencias positivas</i>	<i>Necesidad percibida de la medic.</i>	<i>Preocupación sobre la medic.</i>	<i>Nivel Adherencia</i>
<i>Creencia Negativas</i>			0.252**	- 0.167**
<i>Necesidad percibida medic.</i>	- 0.239**	1		
<i>Preocupación sobre la medic.</i>		0.362**	1	
<i>Nivel Adherencia</i>			- 0.136*	1

Nota: * La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral) Medic.= Medicación
**La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral)

Para el ANOVA, los resultados muestran que existen diferencias significativas entre dos o más medias de los niveles de adherencia en función de la variable creencias negativas hacia la medicación $F(1)= 6.607$ ($p<0.05$).

En la prueba t de muestras independientes se muestran diferencias significativas las variables edad y creencias de negativas hacia la medicación. Como se muestra en la Tabla 3, la media mayor de la variable edad recae en el grupo de alta adherencia y, en la variable creencias de negativas, la media mayor se haya en el grupo de baja adherencia.

Tabla 3. Prueba t de diferencias de medias

	<i>Grupo Alta Adherencia (N=172)</i>		<i>Grupo Baja adherencia (N=68)</i>		<i>t de student (Sig.)</i>
	X	DT	X	DT	
<i>Edad</i>	22.72	4.56	21.74	2.5	-2.13(0.03)
<i>Creencias negativas hacia la medicación</i>	27.54	7.84	29.98	7.91	2.17(0.03)

Nota: X= Media DT= Desviación típica Sig.=Significación N=tamaño de la muestra

Discusión

El objetivo de este estudio era encontrar una relación significativa entre las creencias en salud y el grado de adherencia en los anticonceptivos orales. Así mismo, comprobar que la estructura factorial del cuestionario de Creencias hacia la medicación, utilizada en estudios anteriores a este, pueda ser aplicable a los ACO. En cuanto a los resultados, se han podido encontrar correlaciones significativas entre las variables: preocupación sobre las consecuencias, necesidad percibida, creencias positivas, creencias negativas y nivel de adherencia. A su vez, se han hallado diferencias significativas entre los grupos de alta y baja adherencia al anticonceptivo oral en las variables de edad y creencias negativas, así como diferencias significativas entre dos o más medias de los distintos niveles de adherencia de la misma muestra en la variable creencias negativas.

En primer lugar, en las correlaciones positivas significativas entre la necesidad percibida por la medicación y la preocupación sobre las consecuencias por la misma, se comprendería como un resultado contradictorio. Pues la interpretación teórica de esta correlación consistiría en que el aumento de las preocupaciones sobre las posibles consecuencias que se pueda tener por tomar el fármaco, se relacione con un incremento de las creencias en percibir la necesidad de tomar el mismo, lo cual es incongruente. Por otro lado, la correlación que existe entre las creencias negativas y la preocupación sobre las consecuencias por la medicación indicaría que, aquellas creencias basadas en la intranquilidad por los efectos o consecuencias al tomar el ACO, como la posible pérdida de fertilidad, lo cual es un mito, aumentaría la sensación de rechazo hacia el fármaco, e incluso considerando que la eficacia de este último dependa más del azar. Evidentemente este hecho se relacionaría con un bajo grado de adherencia contraceptiva.

En cuanto a las correlaciones negativas que se aprecian en las variables de necesidad percibida y creencias positivas sobre la medicación se interpretaría, del mismo modo que ocurrió en las primeras correlaciones positivas anteriores, como un resultado contradictorio. Pues ambas variables hacen referencia a las convicciones asociadas a la toma de medicamentos, y no tendría sentido que el percibir que se necesite el uso del contraceptivo se relacione con una disminución de las creencias asociadas al empleo del fármaco. Otra correlación negativa ocurre con el nivel de adherencia y las creencias negativas hacia los medicamentos, pues se entendería que a medida que aumenta las creencias relacionadas con el rechazo del ACO, disminuiría el nivel de adherencia al mismo. Por otro lado, la correlación negativa que tiene lugar entre la preocupación por la medicación y el nivel de adherencia terapéutica, se podría entender de tal manera que la intranquilidad que se tiene ante posibles consecuencias por el consumo del contraceptivo, provocaría una menor intencionalidad de toma y, por tanto, una reducción del grado de adherencia al anticonceptivo oral.

En el análisis de varianza (ANOVA) de un factor, se confirman que existen diferencias significativas entre dos o más medias de los distintos niveles de adherencia en función de las creencias negativas hacia la medicación. De esta manera, se podría relacionar aquellas creencias que asocian el estado de salud reproductivo a factores externos como el azar, así como el rechazo de las indicaciones del médico y el medicamento en sí, con el grado de adherencia al anticonceptivo oral. Estos resultados se han podido comprobar en otros estudios, donde los componentes de esta variable formada por el mismo locus de control externo incluyendo el locus de azar (Ortiz y Ortega, 2011), la farmacofobia (Christudas et al., 2016) y la reactancia hacia el medicamento y el estado de salud (De las Cuevas, Peñate y Sanz, 2014) se pudieron relacionar significativamente con una baja adherencia terapéutica.

Por último, en la prueba t de diferencias de medias entre los grupos de alta y baja adherencia, se encuentran diferencias significativas en las variables edad y creencias negativas hacia la medicación. Como en la variable edad, la media mayor recae en el grupo de alta adherencia, se entendería que a mayor edad mayor adherencia al anticonceptivo oral. Previamente, estudios anteriores ya se había sugerido que las personas mayores, sobre todo en poblaciones femeninas y con títulos universitario, estaban relacionadas con un aumento a la adherencia a los tratamientos (De las Cuevas, de Leon, Peñate y Betancort, 2017). Por último, y apoyando los resultados anteriores en el análisis ANOVA, las creencias asociadas al rechazo del contraceptivo, así como la concepción del paciente de que la suerte o el azar es responsable de la propia salud (creencias negativas hacia la medicación), conllevaría una mayor probabilidad de tener una baja adherencia al mismo. Como se ha podido observar, con todos estos resultados obtenidos, se ha logrado alcanzar una relación significativa entre las variables psicológicas de creencias y la adherencia a los anticonceptivos orales. Así mismo, en un anterior estudio que respalda este hecho, se pudo observar como la falta de adherencia no intencionada se ve influida por las creencias del paciente, especialmente la necesidad percibida de medicación y la percepción de medicación asequible económicamente (Gadkari y McHorney, 2012).

Pese a la significación de los resultados, y su respaldo en estudios anteriores, existen ciertas limitaciones en este trabajo que no se han tenido en cuenta y hayan podido dificultar la objetividad de los resultados. Por un lado, una de estas limitaciones se trata de la falta de contemplación de las variables ambientales o contextuales. En el proceso de recogida de información, una de las variables menos consideradas por el investigador, y las cuales se debe controlar en proyectos futuros, son las que conforman el ambiente del participante mientras ejecuta la prueba o realiza los cuestionarios. No tener en cuenta este tipo de variables pueden interferir en las respuestas y ser sesgadas, suponiendo una limitación importante para el estudio,

pues estas pueden ser las que “intervienen sobre la relación entre las variables independientes y las variables dependientes” (Salas, 2013, p.138). Por otro lado, el hecho de que la redacción de los ítems del cuestionario de creencias no se encuentra adaptado a las experiencias con el fármaco de las participantes, es otra limitación a tener en cuenta. Esta falta de concreción puede haber sido debida a la multifuncionalidad de uso que ofrece este fármaco. En comparación con otros estudios relacionados con la adherencia terapéutica, los medicamentos contraceptivos se caracterizan por ser adaptables a las distintas demandas de sus usuarias, ya sea para evitar el embarazo o por cuestiones médicas. Así mismo, los ítems del cuestionario de creencias empleados para este estudio surgen a partir de otros instrumentos que miden aspectos más generales sobre tratamientos y fármacos. Estos no se adaptan a la experiencia que tienen las participantes con el contraceptivo, generando una cierta confusión en cuanto a cómo responder. Es por ello por lo que “la semántica implicada en el vocabulario utilizado para redactar los ítems debe estar ajustada al contenido y a la población de sujetos evaluados, para que pueda ser comprendida sin dificultad y no desvíe la atención respecto a lo que se pregunta” (Moreno, Martínez y Muñiz, 2004, p.494).

A pesar de estas limitaciones, los resultados positivos de este estudio inspiran el desarrollo de nuevas líneas de investigación donde se primen otras variables psicológicas. Sería interesante, en primer lugar, estudiar como el tipo de personalidad de las usuarias influyen sobre los tratamientos contraceptivos. Así mismo, ya se había corroborado en anteriores estudios como la personalidad obsesiva-compulsiva se asoció a un alto nivel de adherencia terapéutica (Hernández y Londoño, 2012). Por otro lado, abarcar ambos sexos y tipos de anticonceptivos, no solo orales, podría demostrar que variables psicológicas son las que determinarían el uso del preservativo, por ejemplo, tanto en el hombre como en la mujer. En un estudio previo, se comprobó que solo el 37% de las personas de nueve instituciones distintas de salud en Colombia,

mostraron ser adherentes a este tratamiento no farmacológico, siendo un problema grave en la población con VIH/Sida y sobre todo en menores de 40 años (Varela y Hoyos, 2015). Esta nueva propuesta podría aportar conocimientos que ayuden a entender y actuar ante este tipo de situaciones. Por último, basándose en el mismo formato de este trabajo, se podría intentar estudiar como los motivos por los que se toman el ACO, médicos o contraceptivos de manera independiente, se relacionan con las variables de creencias y la adherencia al fármaco. Sería curioso comprobar cuales son las creencias asociadas al fármaco y su adherencia según los distintos motivos por los que se he decidido tomar ACO.

Las aplicaciones de este estudio al ámbito sanitario podrían sostenerse en el hecho de servir como predictores de la buena o mala adherencia a los anticonceptivos orales. Ya se ha podido demostrar en un estudio reciente, como las variables psicológicas, como la autoestima y el nivel emocional por condiciones socio económicas, explican y predicen la no adherencia de la terapia antirretroviral en pacientes con VIH (Villacres, Ochoa y Ruiz, 2017). Ayudaría en el ámbito sanitario a predecir, mediante las variables psicológicas, qué pacientes son los que tienen alta probabilidad de no adherirse al tratamiento y las medidas que crea oportuna el profesional sanitario de tomar para asegurar su salud.

Siguiendo en la misma línea de los contraceptivos, y apelando de nuevo al interés que se pueda tener sobre las variables psicológicas en la adherencia de este fármaco, cabe mencionar otro tipo de instituciones donde se realiza una labor de asesoramiento del uso del anticonceptivo, entre otras funciones. Esto se refiere a la planificación familiar. Ellos son quienes aconsejan a mujeres, hombres y parejas la manera adecuada, libre y responsable de tener y elegir sobre el número de hijos que se desee. Su objetivo y trabajo es el de evitar los embarazos no deseados y promover una adecuada salud reproductiva, teniendo en su poder un repertorio de conocimientos

sobre qué factores de riesgos son los que podrían predecir con una probabilidad alta de ocurrencia de estos sucesos no previstos. Pues puede vislumbrarse una nueva oportunidad, gracias a este estudio, de ampliar dicha información incorporando las variables psicológicas como predictores de adherencia a los anticonceptivos orales, mejorando y haciendo más preciso su trabajo.

Como conclusión, se ha podido hallar una relación significativa entre las variables psicológicas basadas en las creencias con la buena o mala adherencia a los anticonceptivos orales. Además, de comprobar resultados favorables en base a los dos factores, creencias positivas y negativas hacia la medicación, realizados en un análisis factorial anterior al de este estudio. Estos resultados positivos impulsan nuevas líneas de investigación con otro tipo de variables psicológicas no mencionadas en este estudio. Así como su aplicación. Para ellos, y en pos de obtener resultados menos sesgados, cabría mejorar la redacción o elaboración del cuestionario de creencias, además de controlar todas aquellas variables ambientales que puedan interferir en los resultados.

Referencias

- Adarve Hidalgo, E., Falguera, G., y Seguranyes, G. (2016) Adherencia y cumplimiento del método anticonceptivo hormonal oral. *Matronas Profesión*, 17(1), 28-34.
- Axelsson, M., Brink, E., Lundgren, J., y Lotvall, J. (2011) The Influence of Personality Traits on Reported Adherence to Medication in Individuals with Chronic Disease: An Epidemiological Study in West Sweden. *Plos One*, 6 (3).
- Brown, W., Ottney, A., y Nguyen, S. (2011). Breaking the barrier: the Health Belief Model and patient perceptions regarding contraception. *Contraception*, 83(5), 453-458.
- Christudas, M. J., Gupta, B. S., Undela, K., Isaac, N. M., Ram, D., y Ramesh, M. (2016). Assessment of impact of pharmacophilia and pharmacophobia on medication adherence in patients with psychiatric disorders: A cross-sectional study. *Indian Journal of Pharmacology*, 48(6), 701.
- Gakari, A.J., y McHorney, C.A.(2012) Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: How unintentional is it really? *BMC Health Services Research*, 12 (1), 98.
- Hall, K. S. (2012). The health belief model can guide modern contraceptive behavior research and practice. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(1), 74-81.
- Haro Márquez, C., Cantudo Cuenca, M.R., Almeida González, C.V., y Morillo Verdugo, R. (2015) Influencia de las creencias hacia los medicamentos en la adherencia al tratamiento concomitante en pacientes VIH+. *Farmacia Hospitalaria*, 39(1), 23-28.
- Heller, C., Perreira, K. M., Shartzler, A., Johnston, E. M., y Courtot, B. (2019). Emergency Contraception Use: The Influence of Awareness, Attitudes, and Beliefs Among Non-

Hispanic White, Non-Hispanic Black, and Hispanic Women in the United States.
Women's Health Issues, 29(2), 161-169.

Hernández Serrano, M.A., y Londoño, N.H. (2012) Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 29(1), 47-63.

las Cuevas, C., Peñate, W., y Sanz, E. J. (2014). The relationship of psychological reactance, health locus of control and sense of self-efficacy with adherence to treatment in psychiatric out patients with depression. *BMC psychiatry*, 14(1), 1.

López Romero, LA., Romero Guevara, SL., Parra, DI., y Rojas Sanchez, LZ. (2016). Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. *Hacia promoc. Salud*, 21(1), 117-137.

López Vázquez, S. A., y Chávez Vega, R. (2016) Adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes mayores de 60 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 40-50.

Moral de la Rubia, J., y Cerda, M.T.A. (2015) Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6, 19-27.

Moreno, R, Martínez, R.J., y Muñiz, J. (2004) Software, instrumentación y metodología. *Psicothema*, 16(3), 490-497.

Ortiz Vivero, G.R., y Ortega Herrera, E. (2011) Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos sociocognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud*, 21(1), 79-90.

- Ortiz, M., Ortiz, E., Gatica, A., y Gómez, D. (2011) Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Revista Terapia Psicológica*, 29(1), 5-11.
- Peralta, ML., y Carbajal Pruneda, P. (2008) Adherencia a tratamiento. *Revista del Centro Dermatológico Pascua*, 17(3), 84-88.
- Quiñones, A., Ugarte, C., Chávez, C., y Mañalich, J. (2018) Variables psicológicas asociadas a adherencia, cronicidad y complicaciones en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista médica de Chile*, 146, 1151-1158.
- Ruiz García, E., Latorre López, L.I., Delgado Ramírez, A., Crespo Montero, R., y Sánchez Laguna, J.L. (2016) Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes en hemodiálisis. *Enfermería nefrológica*, 19(3), 232-241.
- Salas Blas, Edwin (2013) Diseños preexperimentales en psicología y educación: una revisión conceptual. *Liberabit*, 19(1), 133-141.
- Sanahuja, M.A., Villagrasa, V., y Martínez-Romero, F. (2012) Adherencia Terapéutica. *Pharmaceutical Care*, 14(4), 162-167.
- Serrano Navarro, J.R., y Lobo Pascal, P. (2018) Encuesta nacional 2018 sobre la Anticoncepción en España (Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos). Recuperado de: <http://sec.es/presentada-la-encuesta-nacional-2018-sobre-la-anticoncepcion-en-espana/>
- Sir, T., Preisler, J., y Magendzo, A. (2013) Síndrome de ovarios poliquísticos. Diagnóstico y manejo. *Revista Médica Clínica las Conde*, 24(5), 818-826.

- Varela Arévalo, M.T., y Hoyos Hernández, P.A. (2015) La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista salud pública*, 17(4), 528-540.
- Venkat, P., Masch, R., Ng, E., Cremer, M., Richman, S., y Arslan, A. (2008). Knowledge and beliefs about contraception in urban Latina women. *Journal of community health*, 33(5), 357-362.
- Vicente Sánchez, S. et al. (2014) Adherencia al tratamiento en pacientes mayores de 65 años que sufren reingresos proces. *Farmacia Hospitalaria*.
- Villacres García, F.E., Ochoa Loor, J.P., y Ruiz del Valle, D.I. (2017) Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital “Martín Icaza”. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 3(2), 849-865.